Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

28 828 Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 93 **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 oktober 2015

Elke euro in de zorg telt en moet dus correct worden besteed. Dat is de gezamenlijke ambitie van alle partijen die bijdragen aan het programma Rechtmatige Zorg. We zijn dat aan de samenleving verplicht: aan elke patiënt, cliënt en premiebetaler. In Nederland heeft iedereen recht op dezelfde goede zorg. Dat betalen we samen. We willen dat daarvoor draagvlak blijft bestaan. Fouten en fraude tasten de solidariteit aan en schaden het vertrouwen in de zorgaanbieders, die elke dag keihard werken om goede zorg te leveren.

1. Inleiding

Dit voorjaar hebben we in nauw overleg met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, gemeenten en handhavingspartners een integraal plan opgesteld om onrechtmatigheden bij betalingen in de zorg verder terug te dringen.[1] We sluiten daarbij aan bij de Rijksbrede fraudeaanpak en borduren voort op eerdere goede initiatieven, waar we u in vorige rapportages over hebben geïnformeerd.[2] Waar nodig nemen we samen met de sector aanvullende maatregelen.

Fraude is onacceptabel. Maar niet alles moet op één hoop worden gegooid; niet alles is fraude. Vaak komt een onrechtmatigheid door een fout. Het systeem waarmee we werken is ingewikkeld. Met onder meer de invoering van DOT en de hervormingen in de langdurige zorg is er ook veel veranderd. Een fout is snel gemaakt. Gezamenlijk proberen we dit zoveel mogelijk te voorkomen, door regels te verduidelijken en registratiesystemen te verbeteren. Tegelijkertijd moeten we de ogen niet sluiten voor fraude. Wanneer regels bewust worden overtreden met het oog op eigen of andermans gewin, dan wordt er krachtig opgetreden.

[1] Kamerstuk 28 828, nr. 89.
[2] Kamerstuk 17 050, nr. 496 en Kamerstuk 28 828, nr. 75.

kst-28828-93
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Met deze brief informeren wij u over de voortgang die dit jaar is geboekt in de aanpak van fouten en fraude. Dit doen we door te beschrijven hoe wij en andere partijen invulling geven aan de aanpak (paragraaf 2) en wat de eerste concrete resultaten zijn die de aanpak oplevert (paragraaf 3). Daarbij staan we ook stil bij de stappen die het komende jaar worden gezet. In de bijgevoegde rapportage vindt u een meer gedetailleerde beschrijving van de belangrijkste ontwikkelingen en plannen per activiteit[3]. Zoals toegezegd besteden we daarbij aandacht aan de (financiële) prikkels voor verzekeraars (pag. 15), de verkenning van alternatieven voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim (pag. 19) en de afwikkeling van fraudezaken (pag. 21).[4,5,6] In de rapportage informeren we u zoals toegezegd ook nader over initiatieven rond normbesef (pagina 12), de inzet door zorgkantoren op fraudebestrijding bij zorg in natura (pag. 14) en de mogelijkheid van omgekeerde bewijslast bij declaraties (pag. 16).[7,8] Over de inzet op een toekomstgericht en fraudebestendig pgb informeren wij u nader in de «Meerjarenaanpak solide pgb in de Wlz», die u later ontvangt.

2. Aanpak op verschillende niveaus

Met het programma Rechtmatige Zorg investeren we in een integrale aanpak van onrechtmatigheden in de zorg. Dat wil zeggen dat we zowel fouten als fraude aanpakken. Dat doen we zorgbreed en samen met de zorgsector. Op verschillende niveaus zijn het afgelopen jaar door ons en door andere partijen ontwikkelingen in gang gezet om tot een gedeelde effectieve en efficiënte aanpak te komen:

Informeren en inspireren

Om een integrale aanpak te realiseren is het allereerst van belang om mensen te informeren en ze te inspireren met goede voorbeelden. Er zijn dit jaar diverse bijeenkomsten geweest om kennis met elkaar te maken en kennis met elkaar te delen. Zo kijken we terug op een zeer succesvolle eerste editie van het congres Rechtmatige Zorg. Meer dan 270 mensen kwamen op 1 oktober samen om meer over elkaars organisaties en aanpakken te leren. Op http://www.magazine-on-the-spot.nl/rechtmatigezorg/index.html is een digitaal verslag beschikbaar. Er zijn veel nuttige contacten gelegd en de dag werd als zeer positief en geslaagd ervaren. 95% van de respondenten gaf in de evaluatie van het congres aan dat het doel van het congres, om te leren van andere partijen, bij hen persoonlijk is bereikt. In het najaar van 2016 zal er een tweede congres Rechtmatige Zorg plaatsvinden.

Gezamenlijke aanpak en afspraken

Om ervoor te zorgen dat de inzet van partijen op elkaar aansluit, is het belangrijk om afspraken te maken over de aanpak. Zorgverzekeraars Nederland (ZN), CIZ, NZa, IGZ, Belastingdienst, FIOD, I-SZW, het Openbaar Ministerie (OM) en VWS werken hiervoor samen in het Bestuurlijk Overleg Integriteit Zorgsector. Dit voorjaar is die samenwerking voor de komende jaren opnieuw vastgelegd in een hernieuwd convenant. We hebben de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

[3] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.
[4] Kamerstuk 28 828, nr. 83.
[5] Toegezegd tijdens Plenaire behandeling Wlz 10 september 2014 (Handelingen II 2013/14, nr. 107, items 4 en 8).
[6] Toegezegd in debat zorgfraude 5 februari 2015 (Handelingen II 2014/15, nr. 51, items 4 en 7).
[7] Toegezegd in debat zorgfraude 5 februari 2015.
[8] Kamerstuk 28 828, nr. 89.

uitgenodigd om zich vanaf 2016 bij het samenwerkingsverband te voegen, zodat de samenwerking met het gemeentelijk domein verder kan worden versterkt. In werkgroepen «correct declareren» intensiveren zorgaanbieders, de NZa en ZN sinds dit voorjaar hun inzet op het verbeteren van de kwaliteit van declaraties. De afgelopen periode is een overzicht gecreëerd van alle activiteiten, zodat best practices kunnen worden gedeeld. Zorgverzekeraars hebben dit voorjaar het plan «Fraudeaanpak 2015–2017» opgesteld waarmee zij hun samenwerking verder versterken. Onder andere door het uitwisselen van resultaten van controles en fraudeonderzoek.

Regie en randvoorwaarden

We zien het als onze rol om de regie te nemen bij de aanpak van fouten en fraude. Dat doen we onder meer door het organiseren van bestuurlijk overleg, expertbijeenkomsten en werkgroepen. Waar juridische belemmeringen een goede aanpak in de weg staan, proberen we die weg te nemen. En waar dat nodig is, stellen we extra middelen ter beschikking. Vanaf dit jaar ontvangen de NZa, I-SZW en het OM structureel € 10 mln. extra voor intensivering van het toezicht en de opsporing in de zorg. Het komende jaar investeert VWS daar bovenop € 1,2 mln. in de strafrechtelijke opsporing en vervolging, zodat een groter aantal signalen strafrechtelijk kan worden opgepakt. Daarnaast subsidiëren we diverse rechtmatigheidsprojecten die vanuit de sector komen, zoals een gemeentelijke pilot gericht op het aanpakken van onrechtmatigheden en een project om de aandacht in de geneeskundige vervolgopleidingen voor correct declareren te vergroten. Zo stimuleren en verspreiden we goede initiatieven.

3. Eerste resultaten en vooruitblik

Het afgelopen jaar is vooral gewerkt aan het verbinden van partijen. Meer dan ooit tevoren stemmen organisaties en partijen hun inzet af en werken ze actief samen aan het voorkomen van fouten en aanpakken van fraudeurs. De nieuwe samenwerkingsvormen en initiatieven die hieruit zijn ontstaan, zijn een belangrijk resultaat. Samenwerking is een voorwaarde om de ambities die we hebben gesteld ook te halen. Maar we zijn ook reëel. Gedeelde ambitie, inzet en kennis zijn belangrijke randvoorwaarden, maar hiermee alleen dringen we fraude en fouten niet terug. Dat vraagt om het concretiseren van de samenwerking in doelgerichte acties en resultaten. De afgelopen maanden werden de eerste opbrengsten van de integrale aanpak zichtbaar. In het vervolg van deze brief geven we per thema van het programma Rechtmatige Zorg een overzicht van de belangrijkste resultaten en onze plannen voor de komende periode.

Samenwerking: kennisdeling en een betere afhandeling van signalen

Op haar website heeft de VNG deze zomer een informatiepunt ingericht met informatie over de aanpak van onrechtmatigheden in het gemeentelijk domein. Per 1 september 2015 is er ook een Expertteam Fraudepreventie en handhaving ingesteld. Dit team is beschikbaar voor vragen vanuit gemeenten en werkt aan handreikingen en de opbouw van een netwerk met ketenpartners in de zorg.

Voor zorgverleners en patiënten en cliënten is niet altijd duidelijk waar ze terecht kunnen bij een vermoeden van een fout of fraude. De vindbaarheid van meldpunten schiet tekort en het is voor bezoekers vaak onduidelijk tot welk meldpunt ze zich kunnen richten. We zorgen daarom dat vanaf begin 2016 iedereen met alle meldingen over zorgfraude terecht kan bij één fraudemeldpunt. Hiervoor wordt een voorziening gecreëerd naast het meldpunt van de NZa.

De afgelopen tijd is gebleken dat onduidelijkheid over (wettelijke) mogelijkheden om gegevens over fraudesignalen uit te wisselen een knelpunt vormt bij de aanpak. Bij uitwisseling van signalen tussen partijen, zoals zorgverzekeraars, gemeenten en uitvoeringsorganisaties, gaat het vaak om persoonsgegevens. Daar moeten we uitermate zorgvuldig mee omgaan. Dat vraagt om een gedegen en gedeelde wettelijke basis, waarbij helder is welke informatie met wie kan worden uitgewisseld en met welk doel. Samen met de betrokken partijen, waaronder de VNG, brengen we de mogelijkheden bij gegevensuitwisseling in kaart.

Preventie: duidelijkere regels, meer bewustwording en zicht op nieuwe toetreders

De NZa heeft haar proces ten aanzien van het vasttellen van declaratieregels aangescherpt. De toezichthouder stelt haar regels nu minimaal een half jaar voor de ingangsdatum vast. Daarnaast worden vanaf maart 2015 alle stukken in de sectoren medisch-specialistische zorg (msz), geestelijke gezondheidszorg (ggz) en Wlz ter voorbereiding op wijzigingen online geplaatst op de website van de NZa, zodat een ieder hierop input kan geven.

In de msz en ggz is het belang van correct declareren intensiever onder de aandacht gebracht. Zorgaanbieders werken, samen met ZN, de NZa en VWS, hard aan het verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties door het versterken van bewustwording, het verduidelijken van regels en de verbetering van administratieve processen. Zo heeft de Federatie Medisch Specialisten een gedragsregel Correct Registreren opgesteld en een registratiewijzer gepubliceerd die specialisten ondersteunt bij het declareren. De vrijgevestigde ggz-aanbieders hebben een plan opgesteld voor het optimaliseren van hun declaratieproces. Om rechtmatigheid bij de hervorming van de langdurige zorg te borgen heeft de VNG een oplegger beschikbaar gesteld die zorgaanbieders en gemeenten kunnen gebruiken bij het opstellen van contracten en inrichten van hun verantwoording.

De afgelopen jaren was het aantal meldingen van vermoedens van fraude door aanbieders relatief beperkt. Wij willen zorgaanbieders daarom beter faciliteren om dergelijke vermoedens te melden. In overleg met betrokken partijen ontwikkelen we hiervoor een integraal stappenplan waarin duidelijk staat hoe om te gaan met signalen van onrechtmatigheden en vermoedens van fraude, en welke mogelijkheden er bestaan om dit te melden. Deze handreiking is geen wettelijk voorschrift, maar een hulpmiddel voor de zorgaanbieder in de praktijk.

Uit onderzoek blijkt dat pgb-budgethouders vaak onvoldoende kennis hebben van de rechten en plichten die verbonden zijn aan een pgb wanneer zij starten met het budgethouderschap.[9] Zorgkantoren werken daarom aan de verdere ontwikkeling van de bewustkeuzegesprekken, zodat budgethouders voortaan beter weten waar zij aan beginnen. Samen met Per Saldo werken we daarnaast aan een pilot om te kijken of we nieuwe budgethouders met training en voorlichting na het bewustkeuzegesprek nog beter kunnen toerusten om hun pgb te beheren.

De IGZ heeft haar toezicht op beginnende zorgaanbieders aangescherpt. Alle nieuwe toetreders moeten zich bekend maken bij de overheid via het CIBG. Daarmee bestaat er een goed overzicht van alle zorgverleners in

[9] http://www.nza.nl/104107/138040/Vervolgrapport-Thematisch-onderzoek-aanpak-PGB-fraude.pdf.

Nederland. Afhankelijk van het type zorg bezoekt de IGZ nieuwe toetreders vanaf dit jaar binnen 1 tot 6 maanden na de start. Zorgverzekeraars hebben voor de screening van zorgaanbieders het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders ontwikkeld. In dit portaal worden diverse bronnen ontsloten, waaronder het AGB-register en het BIG-register, waarmee zorgverzekeraars de integriteit van zorgaanbieders beter kunnen toetsen bij het aangaan van een relatie of verlengen daarvan.

Controle: fouten en fraude scherper en eerder in het vizier

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders hebben hun inspanningen op het gebied van controle en fraudebestrijding verder geïntensiveerd. In haar meest recente rapportages over de uitvoering van de AWBZ en Zvw stelde de NZa vast dat de materiële controles en de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik op een beduidend hoger niveau zijn gebracht.[10] Dat is ook zichtbaar in de resultaten. Zo rapporteert ZN dat in 2014 na controles € 449 mln. door verzekeraars is teruggevorderd omdat declaraties onjuist bleken. Vorig jaar betrof dit een bedrag van € 329 mln. Door fraudeonderzoek is in 2014 bijna € 53 mln. aan onjuistheden aan het licht gebracht. Daarvan is € 18,7 mln. aan daadwerkelijke fraude vastgesteld; bijna een verdubbeling ten opzichte vorig jaar. De verbeterde inzet door zorgverzekeraars werpt dus zijn vruchten af.

Er zijn ook belangrijke stappen gezet in de ontwikkeling van horizontaal toezicht, waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de wijze waarop het declaratieproces en controles zijn vormgegeven. Zorgaanbieders en verzekeraars werken hiervoor samen in diverse pilots en sectorbreed worden er handreikingen opgesteld. Daarmee kunnen fouten zoveel mogelijk bij de bron worden voorkomen en kan het declaratieproces worden vergemakkelijkt. De NZa zal binnenkort haar visie op horizontaal toezicht publiceren.

Meer inzicht in zorgkosten bij patiënten leidt ertoe dat ook zij kunnen bijdragen aan controles. De afgelopen jaren is de nota inzichtelijker gemaakt. Onderzoek wijst uit dat ruim 73% van respondenten de nieuwe rekening duidelijker vindt dan de oude. Voor het einde van het jaar wordt het traject rond kostenbewustzijn, dat vorig jaar reeds voor de ziekenhuizen is ingevoerd, ook voor de ggz aangevuld.

Handhaving: meer capaciteit en samenwerking

De NZa, I-SZW en het OM hebben de extra beschikbaar gestelde middelen ingezet om specifieke functies en kennisgebieden te specialiseren en te professionaliseren. Inmiddels zijn alle nieuwe medewerkers gestart. Met deze extra capaciteit kunnen de partijen structureel meer toezichttrajecten en opsporingsonderzoeken draaien.

Samen met de partners, heeft de NZa dit jaar voor twee nieuwe sectoren handhavingsstrategieën opgesteld. Daarin is vastgelegd welke interventies de verschillende partners inzetten om de normnaleving in die sector te bevorderen. In totaal worden er nu in negen sectoren handhavingsprojecten uitgevoerd voor het verbeteren van correct declareren, waaronder in de msz en de curatieve ggz.

[10] http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Rechtmatige_uitvoering Zorgverzekeringswet_2013-deel_2.pdf en http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Uitvoering_AWBZ_2013.pdf.

De afgelopen periode hebben we verder gekeken naar mogelijkheden om de spanning tussen het medisch beroepsgeheim en strafrechtelijk onderzoek naar zorgfraude te doorbreken. Samen met de KNMG en in overleg met de I-SZW, de FIOD en het OM hebben we hiervoor alternatieven verkend. Een kansrijke mogelijkheid lijkt de structurele inzet van een onafhankelijk arts die inzage krijgt in dossiers. We werken dit alternatief gezamenlijk verder uit.

Ook het civielrecht en tuchtrecht bieden mogelijkheden voor sancties bij vastgestelde onrechtmatigheden. Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders maken hier echter nog weinig gebruik van. Daarom hebben we ZN bij brief van 2 oktober jongstleden verzocht de beschikbare instrumenten opnieuw onder de aandacht te brengen bij zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders. Daarbij gaat het onder meer om de mogelijkheden voor het indienen van een tuchtklacht en afspraken die zorgverzekeraars met patiënten en cliënten of zorgaanbieders kunnen maken over sancties bij vastgestelde onrechtmatigheden.

4. Tot slot

We hebben dit jaar belangrijke stappen gezet om de rechtmatigheid van de zorg te versterken. Deze voortgangsrapportage laat zien dat velen zich daarvoor inzetten. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en handhavingspartners nemen hun verantwoordelijkheid in de aanpak van fouten en fraude en ze weten elkaar daarbij steeds beter te vinden.

Dat er meer dan voorheen wordt samengewerkt en de aanpak wordt versterkt, biedt een stevig fundament voor verdere verbetering. De eerste resultaten zijn veelbelovend: kennis wordt actiever gedeeld, gemeenten worden ondersteund bij hun nieuwe taken en nieuwe toetreders worden beter getoetst. Daarnaast zijn controles geïntensiveerd en kunnen patiënten en cliënten hierbij door meer inzicht in zorgkosten beter assisteren. Tot slot is de capaciteit voor handhaving uitgebreid en is er meer duidelijkheid over beschikbare handhavingsinstrumenten.

Maar we zijn er nog niet. Om fouten en fraude in de zorg verder terug te dringen zullen we de komende jaren de krachten moeten blijven bundelen. En de goede samenwerking en afstemming nog meer moeten omzetten naar concrete acties. De komende periode doen we dat onder meer met de inrichting van het centraal meldpunt, extra ondersteuning van pgb-budgethouders en het creëren van meer duidelijkheid over gegevensuitwisseling. Wij blijven daarnaast iedereen in de zorg oproepen om initiatief te tonen en vanuit hun eigen rol en motivatie aan de rechtmatigheid in de zorg bij te dragen. Wij zullen u in het najaar van 2016 opnieuw informeren over de stand van zaken in de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn